**INFORME DE SUPERVISIÓN**

Fecha: DICIEMBRE DE 2021

| TIPO DE CONTRATACION | Directa | CONTRATO No. | 0586-2021 | No. PROCESO EN EL SECOP II | CPSUNTH-0343-2021 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| CONTRATO No.0586-2021 | OBJETO: ENFERMERO PROFESIONAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL | DATOS GENERALES DEL CONTRATO |
| | | Fecha de suscripción:08 de Octubre de 2021 |
| | | Valor inicial $32.253.000 |
| | | Adiciones<br>• $_____<br>Reducciones<br>• $_____ |
| | | Valor Total $ 32.253.000 |
| | | Registro Presupuestal SIIF No. 316221<br>Fecha:11 de Octubre de 2021<br>CDP No. 97921 |
| | | Garantía No.: NA |
| | | Aseguradora: NA |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía: NA |
| | | Fecha de la notificación del Supervisor: N/A |
| | | Fecha del Acta de Inicio : 01 de Noviembre de 2021 |
| | | Plazo de ejecución del Contrato: 31 de Julio de 2022 |
| | | Vigencia del contrato:01-11-2021 - 31-07-2022 |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:<br>EDGAR ANTONIO CALDERON ALFONSO | | NIT/C.C.: 80.427.892 |
| | | Dirección:Diagonal 40G No.72J-40 |
| | | Teléfono:3115444230 |
| | | Cuenta Bancaria No. 004-870-374-818<br>Banco: Davivienda<br>Clase de Cuenta :Ahorros |

En el caso de las personas naturales dentro de los 30 días calendario.

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| Recibir al paciente basado en valores institucionales de respeto y actitud trato humanizado al usuario, saludando según norma de la institución. 2. Clasificar el Triage según toma e interpretación de signos vitales y motivo de consulta basados en normatividad vigente y protocolos y guías institucionales y de la Secretaria Distrital de Salud. 3. Direccionar al paciente según la clasificación dada mejorando las condiciones generales del paciente mientras es tendido por el médico general de turno. 4. Elaborar los registros pertinentes de pacientes ingresados en Dinámica Gerencial.Net, el TRIAGE en el respectivo formato, historias clínicas y libros institucionales bajo el cumplimiento de la | N/A | DICIEMBRE DE 2021 | N/A | $3.502.000 |

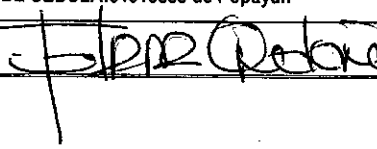
| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| normatividad vigente resolución 1995 de 1999. expedida por el Ministerio de la Protección Social y las demás normas que regulen la materia. 5. Informar oportunamente al médico pediatra de la presencia de un TRIAGE clasificado con 1, para llevar a cabo la atención inmediata a fin de garantizar la sobrevida, mejorar el pronóstico y evitar complicaciones del paciente. 6. Imprimir, e informar al paciente y familiar, gestionar la firma del Triage en pacientes cuyo motivo de consulta es: SOAT, sospecha de abuso sexual, maltrato de cualquier tipo, o que se considere posible cambio de la versión o motivo de consulta posterior a realizada la valoración Triage. 2 7. Revalorar cada 2 horas los pacientes clasificados en el TRIAGE III y IV, que ameriten ser revalorados. 8. Agilizar la toma oportuna de paraclínicos como: electrocardiogramas, glucómetros entre otros, de los pacientes que se requieran según la clínica presentada por el paciente. 9. Brindar información precisa y oportuna al usuario sobre la clasificación de la atención de urgencia realizada en el Triage. 10.Hacer uso adecuado de los insumos y equipos biomédicos, realizando el recibo, entrega y diligenciamiento del soporte del respetivo inventario del área de TRIAGE reportando por escrito y oportunamente su daño, perdida o novedad. 11.Participar en los procesos de inducción, reinducción, capacitación y entrenamiento propio del personal que ingresa al servicio de urgencias como en las programadas en otras áreas la institución que contribuyan en el mejoramiento continuo y la calidad en la prestación del servicio 12.Informar de forma oportuna cualquier inconveniente que le impidan asistir al turno y presentar la justificación por escrito y debidamente autorizada en caso de las incapacidades. 13.Desarrollar actividades asistenciales de acuerdo a la programación que realice el Hospital Militar, a través de la Coordinación de Urgencias. 14.Desarrollar y cumplir las actividades académicas y administrativas que programe el servicio o el Hospital. 15.Realizar las pruebas rápidas de troponina, glucometria y otras en el área asignada, para apoyar la clasificación del triage. 16.Revisar de historia clínica del paciente, realizar plan de manejo integral. 17.Asistir a las charlas propuestas por el servicio de urgencias, para asi ser parte de la mejora continua. 18.Informar cuando haya un daño, perdida de elemento en el servicio. 19.Planificar y coordina las actividades asistenciales y administrativas del área a su cargo. 20.Organizar y controla el uso y suministro de materiales y medicamentos. 21.Llevar el control de pacientes y | | | | |

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| ordenados. 22.Apoyar las emergencias sanitarias declaradas por el Gobierno Nacional, de acuerdo a la normatividad vigente, teniendo en cuenta la idoneidad, experiencia y las necesidades institucionales. 23.Cumplir requisitos, normas y procedimientos establecidos por el Área de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Militar Central. 24.Procurar el cuidado de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. 25.Hacer buen uso de los elementos de protección personal necesarios para la actividad contratada. 26.Mantener una actitud proactiva en el ejercicio diario de su profesión. 27.Cumplir y velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad, con el fin de disminuir los riesgos tanto para el personal de la Entidad, como para la comunidad y el medio ambiente. 28.Promover en el grupo, la cultura de valores y principios de la institución. 29.Las demás actividades asignadas por la autoridad competente, de acuerdo con el nivel, naturaleza y el área de desempeño del contrato. | | | | |
| **Saldo del contrato** | | | | $25.249.000 |

**VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($3.502.000) LETRAS :Tres Millones Quinientos dos mil pesos M.C.T.E**

**Observaciones:**
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente correspondiente al mes de :**NOVIEMBRE DE 2021**; así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo.

DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION Y SIN OBSERVACIONES LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA.

| |
|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: SMSM Juliana Maria Ordoñez Mosquera. MD** |
| **NUMERO DE CÉDULA:34315888 de Popayán** |
| FIRMA:  |